

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПЕРВИННИМИ ІНТРААБДОМІНАЛЬНИМИ АБСЦЕСАМИ ТА ІНФІЛЬТРАТАМИ.

Скиба В.В.^{1,3,4}, Іванько О.В.^{3,4}, Борис Р.М.³, Рибальченко В.Ф.², Лисиця В.В.³, Дар Ясін Ахмед³.

¹Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

²Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика.

³Приватний вищий навчальний заклад «Київський медичний університет»

⁴КНП Київська міська клінічна лікарня №1

Вступ. Інтраабдомінальні інфільтрати і абсцеси складають від 2% до 30% хворих ургентної хірургії і представляють одну з найбільш актуальних проблем особливо у осіб працездатного віку, що обумовлює соціальну значимість проблеми, та не мають тенденції до зниження. Поміж тим соціально-економічні чинники є запорукою пізнього звернення, а як наслідок формування абсцесів і інфільтратів черевної порожнини у хворих, що складає від 20,5 до 25% [1; 2; 3]. Літературні дані вказують, що госпіталізація пізніше 24 годин від початку захворювання має і вищі показники післяопераційної летальності: деструктивний апендицит (ДА) - 20,9% з летальністю 0,15%; деструктивний холецистит (ДХ) - 38,1-39,2% з летальністю - 16,3-19,7%; перфоративна гастродуоденальна виразка - 12,5% з летальністю 13,73%; гостра непрохідність кишечника - 5%, грижі живота у 3-4% з частотою ускладнень - защемлення від 3% до 27% хворих [2; 4; 5]. Ургентна патологія органів черевної порожнини ускладнюється формуванням абсцесів та інфільтратів у 20-25% випадків.

Мета роботи: поразити результати хірургічного лікування хворих з первинними інтраабдомінальними інфільтратами та абсцесами.

Матеріал та методи дослідження. В центрі хірургії Київської міської клінічної лікарні №1 за 14 років лікувалося 191 хворий з первинними інтраабдомінальними інфільтратами та абсцесами. Вік пацієнтів складав від 16 до 85 років. Пацієнтів чоловічої статі 96 (50,26%), жіночої 95 (49,74%).

Результати дослідження. Хворі розподілені на 3 підгрупи в залежності від чинників недуги. Перша - 74 (38,74%) хворих на деструктивний апендицит. Друга - 48 (25,13%) хворих, що страждали на перфоративну виразку шлунка та 12 палі кишки. Третя - 69 (36,13%) хворих з ускладненим холециститом. Лікування. Хірургічне лікування 74 (38,74%) хворих на деструктивний апендицит, ускладнений первинними інфільтратами та абсцесами, відрізнялося за часом операції. Так, у 39 хворих контрольної групи оперативний доступ був лапаротомним і був пов'язаний з локалізацією інфільтративного абсцедуючого утворення, з них у 11 (14,86%) — серединна лапаротомія, у 28 (37,84%) — правобічна трансректальна лапаротомія. Проте серед 35 (47,30%) хворих основної групи правобічну трансректальну лапаротомію виконано у 3 (4,05%), лапароскопію — у 20 (27,03%) та діагностичну лапароскопію з конверсією — у 12 (16,22%) пацієнтів. Хірургічне лікування 48 (25,13%) хворих на перфоративну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки з інфільтративно-абсцедуючими ускладненнями великого сальника. Хірургічний доступ у всіх 48 хворих виконано шляхом серединної лапаротомії з ревізією та відсіченням перфоративно-запального процесу, викликаного дією соляної кислоти та жовчі на стінки очеревини. Локалізація перфоративної виразки шлунка: 5 см до цибулини дванадцятипалої кишки у 7 (14,58%) пацієнтів, ближче до малої кривизни у 12 (25,0%) пацієнтів, на дні шлунка у 14 (29,17%) пацієнтів, в центрі шлунка у 9 (18,75%) пацієнтів, на рівні цибулини дванадцятипалої кишки у 10 (20,83%) пацієнтів, переднього відділу дванадцятипалої кишки у 3 (6,25%) пацієнтів, нижнього відділу дванадцятипалої кишки у 5 (10,42%) пацієнтів.) пацієнтів. Оперативне лікування 69 (100%) хворих на холецистит з первинними інфільтративними абсцедуючими ускладненнями, які відрізнялися за групами. Так, у контрольній групі лапаротомічний доступ по реберній дузі виконано у 37 (53,62%) хворих, у 32 (46,38%) пацієнтів основної групи доступ виконано лапаротомічно у 6 (8,69%), лапароскопічний у 26 (37,68%) хворих, з них у 5 (7,25%) відбулася конверсія за рахунок виражених склеротичних спайок великого сальника та стінок товстої кишки. У інфільтративно-абсцедному утворенні у всіх 69 хворих був залучений великий сальник, а у 18 (26,08%) хворих – стінки товстої кишки (поперечно-ободової кишки). У 37 (53,62%) хворих контрольної групи інфільтративно-абсцедуючий процес відділений механічно, а у 11 (15,94%) пацієнтів основної групи застосовано гідроструменевий апарат. Таким чином підводячи підсумок, варто підкреслити, що діагностика та адекватне лікування первинних інфільтративних і абсцедуючих утворень, незважаючи на досягнуті досягнення, залишається надзвичайно складною проблемою.

Висновки. 1. Візуалізація первинного та вторинного захворювання базувалася на УЗД у 78 (40,84%), рентгенологічному дослідженні черевної порожнини та грудної клітки у 85 (44,50%), термометрії передньої черевної стінки у 61 (31,94%) та ректальному дослідженні у 100 (52,36%)) пацієнтів. 2. Хірургічне лікування є індивідуалізованим та залежно від захворювання, так при деструктивному апендициті у 74 (38,74%) хворих лапаротомія виконана у 42 (21,99%) хворих, лапароскопічна – у 32 (16,75%) та у 12 (6,28%) пацієнти з конверсією; перфоративна виразка шлунка та дванадцятипалої кишки у 48 (25,13%) хворих з відкритою лапаротомією; з холециститом у 69 (36,13%) хворих, 48 (25,13%) виконано лапаротомію, 21 (11,00%) – лапароскопію. 3. Застосування новітніх технологій, гідроструменевий скальпель у 64 (33,51%) хворих для розділення інфільтративних абсцесів дозволило мінімізувати пошкодження серозної оболонки та очистити очеревину від набутих утворень. Контрольна група показала найкращі результати хірургічного лікування з урахованням якості життя.

Література.

1. Скиба В.В. (2021) Сучасні візуалізаційні технології в діагностиці первинних інтраабдомінальних ускладнень у хворих. / Скиба В.В., Рибальченко В.Ф., Іванько О.В., Дар Ясін Ахмед./ Український медичний часопис. 2021. №2 (142) – III/IV 2021. С. 92 – 96
2. Ультрасонографія в діагностиці гострого апендициту в дітей / А.А. Переяслов, Л. С. Борова, А. І. Бобак [та ін.] // Хірургія дитячого віку. – 2013. – № 3. – С. 59–63.
3. Rybalchenko V.F., Demidenko Yu.G. (2019) Thermometric panel of the anterior abdominal wall and prognostic axillary pain factor. / Neonatology, Surgery, and Perinatal Medicine. 2019. т.IX, No. 3.-С.86-94. Doi: <https://doi.org/10.24061/2413-4260.IX.3.33.2019.4>
4. Skyba V.V., Rybalchenko V.F., Ivanko O.V., Demidenko Yu.G., Badakh V.M., Bocharov V.P. (2017) Surgical treatment of inflammatory and adhesive processes of the abdominal cavity in adolescents using a water-jet scalpel. // Child Health 2017. volume. 12. No.1., p. 68-74. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zd_2017_12_1_14
5. Fomin D., Usenko A.Yu., Berezniiskii Y.S. (2018) Emergency surgery of abdominal cavity organs (organization standards and professionally oriented algorithms of medical care). Kyiv: Library "Health of Ukraine". 2018. – 354 p.